

健康保險 被保險者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

被保険者(申請者)記入用

被保険者（申請者）情報	記号		番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください									
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)													
	氏名		(フリガナ)		生年月日		☐ 昭和 ☐ 平成		年		月		日	
	住所		(〒)		都 道 府 県									
	電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()											
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)														

[illegible]

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

$$(7.1)$$

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

☐

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

☐

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

円

8 診療の内容

9 療養費の支給申請の理由

☐

1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため
2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため
3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため

9. その他

(理由)